

Nombre de Cliente _____

Pago _____

Solicitud de Co-Empleo de: _____

Código de W/C _____

Seguro Social SSN _____

Fecha de Nacimiento DOB _____

La información contenida en esta solicitud es vital para su compañero de trabajo con IMPACT Staff Leasing (ISL). Todos los documentos deben ser llenados por completo y firmado por usted antes de que se reconoció una relación de co-empleo. Usted será considerado para el co-empleo sin distinción de raza, color, religión, sexo, origen nacional o edad.

I. RECONOCIMIENTO Y COMPROBACION

Con mis iniciales y mi firma en la Solicitud de Co-Empleo yo reconozco y verifico que e recibido una copia de las pólizas de IMPACT, e leído y entiendo completamente y concuerdo en adherir con estas pólizas.

_____ Se me ha informado y entiendo que si me emplean, se crea una relación de co-empleo entre ISL y la empresa cliente a efectos de nómina y seguro de compensación laboral. Por otra parte, entiendo que la empresa cliente será mi empleador en el lugar y dirigirá las actividades del día a día de mi empleo, y controla la decisión respecto a la continuación o terminación de mi empleo.

_____ Se me ha informado y entiendo que ISL lleva el seguro de compensación, y que estoy cubierto por los trabajadores de ISL compensación de los trabajadores, siempre que estoy recibiendo un cheque de pago de ISL. En el caso de mis salarios son pagados por cualquier otro medio distinto con un cheque de nómina de ISL, entiendo que no estoy cubierto por accidentes de trabajo de impacto para ese período de pago.

_____ Entiendo que todos los salarios pagados por un método que no sea un cheque de nómina, pagar depósito de la tarjeta, o depósito directo emitido por ISL no se incluirán en las determinaciones de salarios para los efectos de las prestaciones concedidas en virtud de una demanda de Compensación de Trabajadores presentadas en contra de la política de ISL.

II. HIPAA Autorización

Autorizo a ISL, o sus agentes, subsidiaré o afiliare para obtener los registros médicos (excluye notas de psicoterapia) de cualquier médico, los hospitales y/o otros proveedores medico con respecto a mi salud. Autorizo también a cualquier médico, los hospitales, y/o otros proveedores medico para entregar cualquier registro médico (excluye notas de psicoterapia) con respecto a mi salud a ISL, o a su agentes, subsidiaré o afiliare. Esta información es necesaria para evaluar mi condición médica y la elegibilidad continua para el empleo y la cobertura de seguro. Entiendo que ISL, o sus agentes, subsidiaré o afiliare pueden solicitar los registros médicos hasta 10 años. Además autorizo ISL, o sus agentes, subsidiaré o afiliare a poder requerir que me somete a una prueba de droga o de alcohol y para recibir los resultados después de cualquier herida de trabajo para lo cual busco tratamiento médico.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización a cualquier vez sometiendo aviso por escrito a ISL.

Entiendo que la información revelada por esta autorización podría ser revelada por la persona que recibe y no es protegido por ley de requisitos privados de estado o federal. ISL, su afilia, sus empleados, y los oficiales no son legalmente responsables por la revelación de la información indicada en esta autorización.

III. AUTORIZACION DE DEDUCCION DE NOMINA

Firmando debajo autorizo, cuando aplican, las deducciones en mi cheque de pago para herramientas, los uniformes, el seguro de la salud, los errores en la nómina, los pagos excesivos y cualesquiera otras deducciones relacionada con el trabajo admisibles por la ley de Florida.

IV. Disputas del Sueldo

Entiendo y concuerdo que el cliente únicamente es obligado para pagar cualquier sueldo para lo cual la obligación de pagar es creada de parte de yo mismo y el cliente por un acuerdo, un contrato o el plan o norma del cliente y que ISL no ha contratado para pagar.

V. Arbitración

Concuerdo que mi único recurso para resolver alguna disputa que surge con ISL bajo mi empleo, incluso pero no limitado a reclamos de sueldo, será de arbitrar tal disputa. Tal arbitraje será según las leyes de arbitraje del Estado de Florida y las órdenes, entonces obtener, de la American Arbitration Association. Lugar de reunión de cualquier acción estará en el Condado de Palm Beach, Florida. ISL se basa en Jupiter, Florida, y el Solicitante reconocen que este Acuerdo deberá ser realizado parcialmente en Jupiter, Florida.

Firma

Fecha

Formulario W-4(SP) (2016)

Proposito. Llenez el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga

Exencion de la retencion. Si esta exento, llene solo las lfneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaracion de impuestos, usted no puede reclamar la exencion de la retencion si sus ingresos exceden de \$1000 e incluyen mas de \$350 de ingresos no derivados del trabajo

Instrucciones basicas. Si no esta exento, llene la Hoja de Trabajo para Descuentos Personales, a continuacion

la retencion tiene que basarse en los descuentos que reclamo y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaracion de impuestos solo si no esta casado y paga mas del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados

Creditos tributarios. Cuando calcule su numero permisible de descuentos de la retencion, puede tomar en cuenta creditos tributarios proyectados

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, en ingles

Dos asalariados o multiples empleos. Si tiene un conyuge que trabaja o si tiene mas de un empleo, calcule el numero total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de solo un Formulario W-4(SP)

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens (Aviso 1392, Instrucciones para el Formulario W-4 suplemental para extranjeros no residentes), en ingles, antes de llenar este formulario

Revise su retencion. Despues de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Pub 505, en ingles, para saber como se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2016

Acontecimientos futuros. Toda informacion sobre desarrollos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislacion aprobada, despues de que el formulario haya sido publicado) sera anunciada en www.irs.gov/w4.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

Formulario A-H for personal exemptions including spouse, dependent, and child care expenses. Includes instructions for each section.

----- Separe aqui y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP) Certificado de Exencion de Retenciones del Empleado OMB No 1545-0074 2016 Department of the Treasury Internal Revenue Service

Form fields 1-6: Personal information, Social Security number, marital status, address, and exemption count.

Form fields 7-8: Declaration of exemption and employer information.

Form fields 9-10: Signature, date, and employer identification details.



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
OMB No. 1615-0047
Expires 03/31/2016

▶START HERE. Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.
ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State	Zip Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		E-mail Address			Telephone Number	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury that I am (check one of the following):

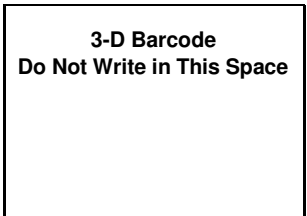
- A citizen of the United States
- A noncitizen national of the United States *(See instructions)*
- A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____
- An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy)_____. Some aliens may write "N/A" in this field. *(See instructions)*

For aliens authorized to work, provide your Alien Registration Number/USCIS Number **OR** Form I-94 Admission Number:

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____

OR

2. Form I-94 Admission Number: _____



If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, include the following:

Foreign Passport Number: _____

Country of Issuance: _____

Some aliens may write "N/A" on the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields. *(See instructions)*

Signature of Employee:	Date	(mm/dd/yyyy):
------------------------	------	---------------

Preparer and/or Translator Certification *(To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.)*

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator:		Date (mm/dd/yyyy):		
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		
Address (Street Number and Name)		City or Town	State	Zip Code



Employer Completes Next Page



Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR examine a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents" on the next page of this form. For each document you review, record the following information: document title, issuing authority, document number, and expiration date, if any.)

Employee Last Name, First Name and Middle Initial from Section 1:

List A	OR	List B	AND	List C
Identity and Employment Authorization		Identity		Employment Authorization
Document Title:		Document Title:		Document Title:
Issuing Authority:		Issuing Authority:		Issuing Authority:
Document Number:		Document Number:		Document Number:
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
Document Title:		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>3-D Barcode Do Not Write in This Space</p> </div>		
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				

Certification

I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ (See instructions for exemptions.)

Signature of Employer or Authorized Representative		Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name (Family Name)		(Given Name)	Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	Zip Code

Section 3. Reverification and Rehires (To be completed and signed by employer or authorized representative.)

A. New Name (if applicable) Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	B. Date of Rehire (if applicable) (mm/dd/yyyy):
---	-------------------------	----------------	---

C. If employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document from List A or List C the employee presented that establishes current employment authorization in the space provided below.

Document Title:	Document Number:	Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
-----------------	------------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative:	Date (mm/dd/yyyy):	Print Name of Employer or Authorized Representative:
---	--------------------	--

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

**IMPACT STAFF LEASING
SUBSTANCE ABUSE POLICY
POLIZA DE ABUSO DE SUSTANCIA**
(Spanish Version)

ESTA PAGINA ES
PARA EL EMPLEADO

El bienestar y el éxito de IMPACT, la Compañía, depende de la salud física y psicológica de todos sus empleados. Aunque la Compañía se a comprometido a mantener y crear un lugar de trabajo que es saludable, sin peligro y productivo es la responsabilidad de ambos a ser esto posible. Es por la protección de sus clientes, empleados, propiedad y el público en general que la Compañía ha adoptado esta póliza de abuso de sustancia.

1. PROPOSITO Y ALCANCE

1.1 **PROPOSITO:** El propósito de esta Póliza es para mantener un ambiente de trabajo saludable, sin peligro y productivo para todos por medio de eliminar el abuso de drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo y es requerido que todos empleados sea libre del efecto de la drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo.

1.2 **ALCANCE:** Este póliza aplica a todos empleados de esta Compañía; (a) a tal vez que este en la propiedad de la compañía, (b) durante el curso de su empleo a pesar de la localidad y (c) durante cualquier actividad representada por la compañía.

2. ACCION DESIPLINARIA Y CONDUCTA PROHIBIDO

2.1 **ACCION DISCIPLINARIA:** El fallar de conformar con cualquier parte de esta póliza de parte del empleado la acción disciplinaria puede incluir hasta el despido del trabajo.

2.2 **CONDUCTO PROHIBIDO:** Cualquier empleado será sujeto a las consecuencias indicadas en párrafo 2.01 por cualquier de las siguiente razones:

- a). La manufactura, distribución, posesión, uso o venta de alcohol, anhelantes, las drogas no autorizadas o ilegales o el maltrato de uso de drogas legal o de prescripción durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representada por la compañía.
- b). Estar bajo la influencia de cualquier sustancia mencionada anteriormente que daña juicio mental, el desempeño o la conducta durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representadas por la compañía.
- c). Convicción bajo cualquier cargo criminal para la posesión, el uso o la venta de drogas o alcohol o de cualquier actividad relacionada.
- d). Al rechazar a someter a la evaluación medica, incluso prueba de droga o alcohol como indicado en la sección 3 de esta póliza.
- e). El resultado de prueba que indica el uso de droga o alcohol o cualquier otra sustancia.

3. LA PRUEBA

3.1 **DEFINICION:** Para el propósito de esta Póliza, "la droga" es definido como cualquier bebida alcohólica, anhelantes ilegal, la droga ilegal o otra sustancia, el uso, posesión, manufactura, distribución o la dispensación a lo que es prohibido por cualquier estado o ley o regulación Federal o cualquier sustancia de droga por prescripción o sin prescripción o de otro modo.

3.2 **APLICABILIDAD PARA LA PRUEBA DE DROGA:**

- a). Todas personas solicitando una posición con la Compañía puede ser requerido a someter a una prueba de droga como una condición de empleo.
- b). Todo presente y futuro empleados se someterán a una prueba de droga sobre el requerimiento por la Compañía bajo lo siguiente:

- 1) Cuando la consideración especial para la seguridad de obtener el trabajo indica que tal prueba presenta un medio razonable para garantizar la seguridad del ambiente de trabajo.
- 2) Cuando el empleado sufre una herida en el curso de empleo o contribuye o causa una herida en el curso de su empleo.
- 3) Cuando el empleado causa, directamente o indirectamente, daño al la propiedad de la compañía o de cualquier otro.
- 4) Cuando el empleado contribuye o causa herida a tercera persona en el curso de su empleo.
- 5) Cuando el empleado esta convicto bajo cualquier carga criminal y recibe una violación que ocurrió durante el curso de empleo. Si tal convicción ocurre, es la responsabilidad del empleado darle notificación a la Compañía dentro de 5 días de la convicción. Este requisito incluí cualquier caso hallado culpable, la suplica culpable o la suplica do ningún curso o imposición de sentencia o cualquier otra carga legal por cualquier corte de juicio competente o en conexión con cualquier estado o ley o regulación Federal por manufacturar, distribución, uso o posesión de cualquier sustancia controlada o droga incluso alcohol.
- 6) Cuando la Compañía, con su propia discreción, determina que es in el mejor interés de la Compañía requerir la prueba de droga.

4. PROVISIONES VARIADAS

4.1 **COPERACION CON LA LEY:** Adicional cualquier droga o sustancia ilegal obtenida por la Compañía de cualquier empleado puede ser entregada a una agencia de la ley y puede resultar en persecución criminal.

4.2 **REPORTAR:** Cada empleado es responsable de inmediatamente informar a los oficiales apropiados de la compañía de cualquier uso de medicina de prescripción que pueda afectar el juicio mental, el desempeño y la conducta.

4.3 **OTROS PROCEDIMIENTOS:** La Compañía establecerá tales otros procedimientos, cuando sea necesario imponer efectivamente esta póliza. Esto puede incluir un requisito que empleados cooperan en las búsquedas personal o de la propiedad cuando hay razón para creer que hay drogas o alcohol presente, cuando su desempeño es dañado o su conducta es irregular. El rechazar su cooperación con estos procedimientos puede causar para la acción disciplinaria como mencionada anteriormente el la Sección 2.

4.4 **FACILIDAD MÉDICA:** La Compañía no será responsable y no hace representación o garantizas de el laboratorio o facilidad medica que conduce la prueba de la droga.

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

IMPACT STAFF LEASING
ACCIDENT / INJURIES PROCEDURES

ESTA PAGINA ES
PARA EL
EMPLEADO

PROCEDIMIENTOS PARA ACIDENTES O HERIDAS
(Spanish Version)

Los procedimientos siguientes se deben seguir para todas las heridas relacionadas con el trabajo:

1. TODOS ACCIDENTES/HERIDAS DEBEN SER INFORMADAS A SU CAPATAZ O EL SUPERVISOR, AUNQUE NINGUNA ATENCION MEDICA ES REQUIRIDA. El empleado herido debe llenar la forma llamada Reporte de lesión / herida. Cuando llenada, se colocará en su archivo médico para la referencia futura en caso de problemas. Por favor de mandar al fax numero (561) 743-3235.
2. El supervisor debe llenar la forma llamada Reporte de el Supervisor, a pesar de si la atención medica sea requerida. Por favor de mandar al fax numero (561) 743-3235.
3. Si la herida requiere la atención médica y no es una situación de emergencia, el supervisor debe llamar al departamento de nueva heridas a (561) 743-00o5 antes de buscar una facilidad médica. En caso de una emergencia, su supervisor debe llamar e informar a cual facilidad médica será transportado. Necesitamos autorizar el tratamiento, arreglar factura apropiada, y determinar que la facilidad medica siga los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado esta fuera en incapacidad, él/ella debe notificar a su Supervisor. Si esta fuera por un período extendido de tiempo, el empleado debe comunicarse en persona o llamar para avisar por lo menos una vez a la semana a su Supervisor. IMPACT se debe notificar de su estado. Con su permiso de regresar a trabajar UD es requerido a reportarse con su Supervisor a informar su disponibilidad a regresar a trabajar.
5. Las restricciones del doctor se deben seguir para todos empleados en estado de trabajo ligero. El empleado puede volver a sus deberes regulares solo cuando es regresado con permiso escrito del doctor a IMPACT. Es la responsabilidad del empleado decirle al doctor los tipos de trabajos ligeros disponibles por IMPACT.
6. Una prueba de drogas y alcohol se requiere para todas heridas. La prueba se requiere dentro de 24 horas después que una herida se reporta. El negar a someterse a una prueba tendrá como resultado las mismas consecuencias como una prueba positiva de droga o alcohol.
7. Entiendo y concuerdo a seguir y respetar el procedimiento de accidente. Entiendo que algún pago a mí o cualquiera más para gastos con respecto a mi accidente, y la herida resultante, no es una admisión de la responsabilidad por parte de IMPACT. En caso de una herida, yo autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, los informes de la radiología, las pruebas de drogas o de alcohol y cualquier documento en relación a heridas o enfermedades pasado o presente a IMPACT. Yo concuerdo soltar la información y soltar de peligro a los proveedores médicos por soltar la información con esta autorización.